



## Cerere vânzare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiulului BUCUREȘTI

Subsemnata, DR. KORP PARASCHIVA , având CNP \_\_\_\_\_ , titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR. KORP PARASCHIVA cu sediul în CISNADIE, STR.PIATA NOUA NR 2, în conformitate cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

Vă notific intenția de vânzare a praxisului CMI DR. KORP PARASCHIVA

începând cu data de: 16.03.2023

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularii dreptului de preempțiune sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 20.000 E
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: CISNADIE, STR. LUNGA NR 103
- 5) Numărul de telefon: 0751076502

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării praxisului.

DATA

16.03.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România

Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial